

GERINGFÜGIG ENTLOHNTE ODER KURZFRISTIGE BESCHÄFTIGUNG (MINIJOB)

Letzte Aktualisierung: 04.06.2024

FIRMA / PRAXIS			
Firma:			
Straße:		Hausnummer:	
PLZ:		Ort:	
Telefon:			

ARBEITNEHMER			
Sozialversicherungs- bzw. Rentenversicherungsnummer:			
Steueridentifikationsnummer:			
Familienname, Titel:			
Vorname:			
Straße:			
PLZ:		Ort:	
Familienstand:		Geburtsdatum, Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Konfession:			<input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt
E-Mail-Adresse:			
Elterneigenschaft:			
Kind:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Schwerbehinderung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte einreichen)	ausstellende Behörde:	
	<input type="checkbox"/> Nein		
	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
	<input type="checkbox"/> ist beantragt		

Wenn keine (Sozial-)Versicherungsnummer angegeben werden kann: (unbedingt alle Angaben machen)			
Geburtsname:		Geburtsort:	
Geburtsdatum:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
			<input type="checkbox"/> divers

Nur bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung von nichtdeutschen Bürgern des Europäischen Wirtschaftsraumes:			
Geburtsland:		(Sozial-) Versicherungsnummer des Staatsangehörigkeitslandes:	

BESCHÄFTIGUNGSORT	
Die Beschäftigung ist auszuüben in (Ort / Straße / Gebäudenummer / Büro / Stockwerk):	
Der Beschäftigungsort ist frei wählbar:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

KRANKENVERSICHERUNG	
Krankenversicherung derzeit (Kasse/Gesellschaft):	
Bei dieser Kasse bzw. Gesellschaft besteht:	<input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzliche Pflicht
	<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich
	<input type="checkbox"/> privat (aktuelle Bescheinigung der privaten Krankenversicherung zwingend beifügen)
Falls derzeit nicht gesetzlich krankenversichert:	
Name der letzten, früheren gesetzlichen Krankenversicherung:	

Schul-/Ausbildungsabschluss:	Höchster allgemeinbildender Schulabschluss:
	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder gleichwertig <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur <input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt
	Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss:
	<input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker oder gleichwertig <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt

STATUS BEI BEGINN DER BESCHÄFTIGUNG	
<input type="checkbox"/> Schüler	<input type="checkbox"/> Selbstständig
<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Arbeitslos
<input type="checkbox"/> Schulentlassen	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger
<input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistender	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann
<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer in der Elternzeit
<input type="checkbox"/> Studienbewerber	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer im unbezahlten Urlaub
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
<input type="checkbox"/> Sonstige:	

GEGENSTÄNDLICHES BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS:		
Auszuübende Tätigkeit:		
Regelmäßiges monatl. Entgelt:		
Zuschläge ja/nein, wenn ja:		
Zulagen ja/nein, wenn ja:		
Prämien ja/nein, wenn ja:		
Sonderzahlungen ja/nein, wenn ja:		
Andere Bestandteile:	Art der Leistung	Höhe/Entgelt in €

Anzuwenden sind auf das Arbeitsverhältnis:	Tarifvertrag:	
	Betriebsvereinbarung:	
	Dienstvereinbarung:	
Auszahlung/ Fälligkeit:		
Stundenlohn:		
Beginn der Beschäftigung:		
Kostenstelle:		Tätigkeitsbereich:
Die Beschäftigung wird in einem Privathaushalt ausgeübt (bei Ja bitte Adresse angeben):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Durchschn. Arbeitszeit pro Woche:	Stunden	Zeit:
	Montag	bis
	Dienstag	bis
	Mittwoch	bis
	Donnerstag	bis
	Freitag	bis
	Samstag	bis
	Sonntag	bis
Vereinbarten Urlaubstage:	Tage	
Erhebung der Lohnsteuer:	Die Lohnsteuer soll pauschal erhoben werden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Die Pauschallohnsteuer trägt der <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
Dem Arbeitnehmer ist bekannt, dass auf ihn abgewälzte pauschale Lohnsteuer als zugeflossener Arbeitslohn gilt und die Bemessungsgrundlage nicht mindert.		
Art der Gehaltszahlung:	<input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Scheck	
Kreditinstitut:		
IBAN:		
BIC:		
WEITERE BESCHÄFTIGUNGEN		
Erläuterung zur Bestimmung der ersten geringfügigen Beschäftigung:		
<p>Werden zu einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung mehrere geringfügige entlohnte Beschäftigungen parallel nebeneinander ausgeübt, bleibt die "erste geringfügig entlohnte Beschäftigung" für den Arbeitnehmer sozialversicherungsfrei. Alle weiteren geringfügigen Beschäftigungen sind mit der Hauptbeschäftigung zusammenzurechnen. Sie unterliegen mit der Hauptbeschäftigung der Sozialversicherungspflicht.</p> <p>Als „erste geringfügige Beschäftigung“ gilt immer diejenige Beschäftigung, die als erstes aufgenommen wurde (Datum und Uhrzeit des tatsächlichen Arbeitsantritts).</p>		
Es besteht/bestehen derzeit ein oder mehrere geringfügig entlohnte Beschäftigungsverhältnis(se) bei (einem) anderen Arbeitgeber(n):		
<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Ja, ich übe derzeit folgende Beschäftigung/en aus:		

Beschäftigungsbeginn (Datum/Uhrzeit)	Arbeitgeber mit Adresse	durchschnittliches Bruttoentgelt/Monat

Es besteht eine weitere Beschäftigung, in der ich gegenüber dem AG auf die Rentenversicherungspflicht verzichtet habe.

Ja Nein

Anmerkung:
Eine geringfügig entlohnte – für den Arbeitnehmer abgabenfreie – Beschäftigung liegt vor, wenn das monatliche Arbeitsentgelt € 538 nicht übersteigt. Bei schwankendem Verdienst, z.B. Sonderzahlungen, ist der Jahresdurchschnitt entscheidend.

Ich übe nur geringfügig entlohnte Beschäftigungen aus, die zusammengerechnet 538 € im Monat nicht übersteigen. Ja Nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Überschreitung der 538-Euro-Grenze (ab 1.1.2024) Sozialversicherungspflicht bei allen geringfügig entlohten Beschäftigungsverhältnissen eintritt und ich alle Arbeitgeber darüber informieren muss.

Liegt bei einem anderen Arbeitgeber ein Hauptbeschäftigungsverhältnis vor? Ja Nein

PROBEZEIT:

Dauer der Probezeit:	Die Probezeit für das Arbeitsverhältnis beträgt Monate.	Frist:	Die Frist beginnt am und endet am
-----------------------------	---	---------------	---

Angaben zu einer von vornherein befristeten Beschäftigung:

Die Beschäftigung ist befristet	von:		bis:	
--	-------------	--	-------------	--

Befristete Arbeitsverhältnisse:

Keine Befristung

Das Arbeitsverhältnis (AV) ist befristet/zweckbefristet.
Das AV war bei Abschluss des Arbeitsvertrages befristet zum

Der befristete Arbeitsvertrag wurde schriftlich geschlossen.
Der befristete Arbeitsvertrag wurde abgeschlossen am

Die befristete Beschäftigung war für mindestens 2 Monate vorgesehen und eine Möglichkeit der Weiterbeschäftigung wurde durch den Arbeitgeber bei Abschluss des Vertrages in Aussicht

Innerhalb des laufenden Kalenderjahres (bei allen Personenkreisen angeben!) (kurzfristiger Job, SV-frei)

Innerhalb der letzten 12 Monate, vom Ende der hiermit zu beurteilenden Beschäftigung an gerechnet (bitte bei Studenten stets Angaben zu diesem umfangreicheren Zeitraum machen - zur Prüfung der für Studenten gültigen 26-Wochen Regelung, welche ggf. zur KV-, PV- und AV-Freiheit führt) habe ich folgende befristeten Beschäftigungen ausgeübt:

Firma/Ort:

(bei Studenten angeben: Dauer der Semesterferien)	von:		bis:	
---	-------------	--	-------------	--

Arbeitstage / Woche: **geringfügig entlohnt:** Ja Nein

Firma/Ort:

(bei Studenten angeben: Dauer der Semesterferien)	von:		bis:	
---	-------------	--	-------------	--

Arbeitstage / Woche: **geringfügig entlohnt:** Ja Nein

ANGABEN ZUR PERSONENKREISZUGEHÖRIGKEIT (NACHWEIS, z.B. BESCHIED, BITTE BEIFÜGEN!)

Ich beziehe Altersrente, Rente wegen teilweise oder voller Erwerbsminderung

und zwar ab/seit dem (Nachweise beifügen)

Ich					
<input type="checkbox"/> bin SV-pflichtiger Arbeitnehmer					
<input type="checkbox"/> bin Soldat auf Zeit (Nachweis beifügen)		von:		bis:	
<input type="checkbox"/> bin im Grundwehr- / Zivildienst		von:		bis:	
<input type="checkbox"/> absolviere einen Bundesfreiwilligendienst (Bezeichnung angeben)		von:		bis:	
<input type="checkbox"/> erhalte Versorgungsbezüge wegen Erreichen einer Altersgrenze nach beamten- bzw. kirchenrechtlichen Vorschriften bzw. nach den Regelungen einer berufsständigen Versorgungseinrichtung (Nachweise beifügen)					
<input type="checkbox"/> übe gleichzeitig eine selbständige/freiberufliche Tätigkeit aus mit einem Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit von durchschnittlich _____ Stunden und einem monatlichen Einkommen von durchschnittlich _____ EUR					
<input type="checkbox"/> bin Schüler an der Schule (Nachweis beifügen)		von:		bis:	
<input type="checkbox"/> habe mich um einen Studienplatz beworben					
<input type="checkbox"/> bin Student an der Hochschule (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)		von:		bis:	
<input type="checkbox"/> bin Praktikant (Art des Praktikums, Kopie der Prüfungs- oder Studienordnung) und nicht mehr immatrikuliert					
<input type="checkbox"/> bin Praktikant (Art des Praktikums, Kopie der Prüfungs- oder Studienordnung) und noch nicht immatrikuliert					
<input type="checkbox"/> bin Bachelorand oder Masterand und einzig zur Erstellung meiner Bachelorarbeit/Masterarbeit beschäftigt (evt. wird meine Bachelorarbeit/Masterarbeit vom Betrieb käuflich erworben)					
<input type="checkbox"/> bin Bachelorand oder Masterand und gegen Arbeitsentgelt beschäftigt (aus wirtschaftlichen Interessen)					
<input type="checkbox"/> beziehe Krankengeld		ab:			
<input type="checkbox"/> befinde mich in Elternzeit bzw. Erziehungsurlaub		von:		bis:	
<input type="checkbox"/> bin Hausfrau/-mann					
<input type="checkbox"/> übe keinerlei weitere Beschäftigung aus					
<input type="checkbox"/> bin arbeitssuchend gemeldet bei der Arbeitsagentur (Suche nach einer mehr als nur kurzfristigen Beschäftigung)					
<input type="checkbox"/> beziehe Arbeitslosengeld, Stamm-Nr.:		von:		bis:	
<input type="checkbox"/> beziehe Bürgergeld seit/ab:					
<input type="checkbox"/> bin arbeitssuchend gemeldet und erhalte kein Arbeitslosengeld					

WAHL ZUR RENTENVERSICHERUNG (VERZICHT AUF DIE VERSICHERUNGSPFLICHT)					
Arbeitnehmer, die eine geringfügig entlohnte Beschäftigung ausüben und in dieser Beschäftigung zunächst grundsätzlich rentenversicherungspflichtig sind, können sich auf Antrag von dieser Rentenversicherungspflicht befreien lassen. Durch den Verzicht werden sie versicherungsfrei in der Rentenversicherung. (n. Anlage)					
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Rentenversicherungsbefreiung ab Beschäftigungsbeginn.					
<input type="checkbox"/> Die Versicherungsbefreiung soll mit Beginn des der Antragstellung folgenden Monats beginnen.					
<input type="checkbox"/> die Versicherungsbefreiung soll ab		beginnen.			
<input type="checkbox"/> Link zum Antrag auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht (zwingend notwendig , wenn Versicherungsbefreiung angehakt): Zum Antrag					
Dem Arbeitnehmer ist bekannt, dass ein Widerruf dieser Erklärung für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses nicht möglich ist.					
Es besteht eine weitere geringfügige Beschäftigung, in der ich schriftlich gegenüber dem Arbeitgeber die Rentenversicherungsfreiheit beantragt habe.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

SONSTIGE HINWEISE					
Auf das gegenständliche Arbeitsverhältnis finde(t)(n) ferner Anwendung:					

Für dieses Arbeitsverhältnis gelten außerdem folgende Vereinbarungen:

Kündigung:
Das bei der Kündigung des Arbeitsverhältnisses von Arbeitgeber und Mitarbeitenden einzuhaltende Verfahren verlangt mindestens das Schriftformerfordernis sowie die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage nach § 4 KSchG.
Frist: 3 Wochen ab Zustellung der schriftlichen Kündigung.

Das Beschäftigungsverhältnis ist innerhalb einer Frist von		jeweils zum		kündbar.
--	--	-------------	--	----------

Hinweis: Kündigungsschutzklagen sind nach § 4 KSchG innerhalb einer Frist von 3 Wochen ab Zustellung der schriftlichen Kündigung beim zuständigen Arbeitsgericht einzureichen.

Ich versichere, die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Sollten sich im Verlauf meiner Beschäftigung Veränderungen ergeben, werde ich diese unverzüglich mitteilen. Unrichtige Angaben Nachteile entstehen, bin ich schadenersatzpflichtig. Soweit meinem Arbeitgeber durch unvollständige oder unrichtige Angaben Nachteile entstehen, bin ich schadenersatzpflichtig.

Folgende Unterlagen habe ich als Kopie beigelegt

RV-Befreiungsantrag

Bescheinigung der privaten Krankenversicherung

Bei ausländischen Arbeitnehmern:

Reisepass oder anderer Ausweis

Arbeitserlaubnis

Aufenthaltsgenehmigung

Bei Studenten:

Immatrikulationsbescheinigung

Bei Schülern:

Schülerschein oder eine andere Bescheinigung aus der hervorgeht, dass es sich um einen Schüler handelt

Bei Rentnern:

Letzter aktueller Rentenbescheid oder Rentenausweis

Hiermit erkläre ich nach der DSGVO mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten für die Lohnabrechnung verwendet, gespeichert und von einem EDV-Dienstleister verarbeitet und aufbewahrt werden. Darüber hinaus ermächtige ich den Arbeitgeber zur Datenarchivierung über das Dienstverhältnis hinaus für die Dauer u. a. der steuerrechtlichen Aufbewahrungsfristen. Sind die (steuer-) rechtlichen oder sozialversicherungsrechtlichen Aufbewahrungsfristen abgelaufen, muss eine Löschung meiner persönlichen Daten nach Beendigung des Dienstverhältnisses erfolgen. Die Datenweitergabe für Bescheinigungen usw. im Rahmen des Dienstverhältnisses oder für arbeits-, sozialversicherungs- und steuerrechtliche als auch für berufsgenossenschaftliche Vorgänge ist erlaubt; darüber hinaus ist die Weitergabe an weitere Dritte grundsätzlich untersagt.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift / Stempel Arbeitgeber

